

GAUSSIN S.A. Société anonyme à conseil d'administration au capital de 20.360.981,20 Euros Siège social : 11, Rue du 47ème Régiment d'Artillerie 70400 HERICOURT 676.250.038 RCS VESOUL	ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE ANNUELLE, DU 2 AOÛT 2019 A 9 HEURES au siège social : 11, Rue du 47ème Régiment d'Artillerie 70400 HERICOURT	Identifiant : CADRE RESERVE A LA SOCIETE Nombre d'actions au nominatif : _____ VS / _____ VD Nombre d'actions au porteur _____ VS Total actions : _____ / Total Voix : _____																																			
Choisir l'une des deux options A ou B																																					
A <input checked="" type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	Je détiens des actions <u>exclusivement au porteur</u> ; je désire assister à cette assemblée et je demande une carte d'admission (compléter les cadres C et D et <u>adresser le formulaire à votre teneur de compte</u>) J'utilise le formulaire de vote par correspondance ou par procuration, selon l'une des 3 possibilités offertes ci-dessous (B1, B2 ou B3) - Attention, s'il s'agit de titres au porteur, vos instructions de vote ne seront validées que si elles sont accompagnées d'une attestation de participation délivrée, dans les délais prévus, par l'établissement financier qui tient votre compte.																																			
B1 <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">Je vote par correspondance (cocher B1 ci-contre puis cocher et/ou compléter B1a, B1b et B1c ci-dessous)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> B1a Je vote OUI à tous les projets de résolutions présentés ou agréés par le conseil d'administration, à l'exception de ceux que je signale en noircissant comme ceci <input checked="" type="checkbox"/> la case correspondante et pour lesquels je vote non ou je m'abstiens. </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> B1b Sur les projets de résolutions non agréés par le conseil d'administration, je vote en noircissant comme ceci <input checked="" type="checkbox"/> la case correspondant à mon choix. </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Résolutions</td> <td style="text-align: center;">Résolutions Oui Non/Abstention</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">C</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">E</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">F</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	B1a Je vote OUI à tous les projets de résolutions présentés ou agréés par le conseil d'administration, à l'exception de ceux que je signale en noircissant comme ceci <input checked="" type="checkbox"/> la case correspondante et pour lesquels je vote non ou je m'abstiens.	B1b Sur les projets de résolutions non agréés par le conseil d'administration, je vote en noircissant comme ceci <input checked="" type="checkbox"/> la case correspondant à mon choix.	Résolutions	Résolutions Oui Non/Abstention	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">C</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">E</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">F</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	A	B	C	D	E	F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">Je vote par procuration et donne pouvoir: (cocher l'une des 2 possibilités B2 ou B3 ci-dessous)</p> <p>B2 <input type="checkbox"/> Au Président de l'Assemblée</p> <p>B3 <input type="checkbox"/> (dans les conditions de l'art. L.225-106 du code de commerce, voir au verso): A M., Mme, Melle, Société : _____ adresse : _____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(sur les conséquences d'un pouvoir sans indication de mandataire, voir l'art. L.225-106 au verso)</p>
B1a Je vote OUI à tous les projets de résolutions présentés ou agréés par le conseil d'administration, à l'exception de ceux que je signale en noircissant comme ceci <input checked="" type="checkbox"/> la case correspondante et pour lesquels je vote non ou je m'abstiens.	B1b Sur les projets de résolutions non agréés par le conseil d'administration, je vote en noircissant comme ceci <input checked="" type="checkbox"/> la case correspondant à mon choix.																																				
Résolutions	Résolutions Oui Non/Abstention																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">7</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">C</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">E</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">F</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	A	B	C	D	E	F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1	2	3	4	5	6	7	8	9																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
A	B	C	D	E	F																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
ATTENTION Pour être pris en considération, tout formulaire doit parvenir à la société, au siège social sis 11, Rue du 47ème Régiment d'Artillerie - 70400 HERICOURT au plus tard 3 jours avant l'assemblée, soit le 30 juillet 2019 au plus tard.																																					
<p style="text-align: center;">B1c</p> <p style="text-align: center;">Si des amendements ou des résolutions nouvelles étaient présentés en assemblée</p> <p><input type="checkbox"/> Je donne pouvoir au Président de l'assemblée de voter en mon nom <input type="checkbox"/> Je m'abstiens (l'abstention équivaut à un vote contre) <input type="checkbox"/> Je donne procuration pour voter en mon nom à : M. / Mme / Melle / Société : _____ Adresse : _____</p>	<p style="text-align: center; color: green;">Cadre C <u>A compléter dans tous les cas</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Identité de l'Actionnaire</u></p> <p>[prénom/nom ou dénomination] Indiquer votre nom et votre adresse [adresse]</p>	<p style="text-align: center; color: green;">Cadre D <u>A compléter dans tous les cas</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Date et signature</u></p> <p>Indiquer la date et votre signature Le / /</p> <p style="text-align: right;">[signature]</p>																																			